Separat-Abdruck
aus v. Langenbeck's Archiv Bd. XXIV. Heft 4.

Ein Fall von tuberösem Fibrosarcom der Inguinalhaut.

(„Chéloide inguinale spontanée", Verneuil.)

Von

Dr. F. Neelsen,

Assistenten am patholog. Institut der Universität Rostock.

Im Verlauf des vorigen Semesters kam auf der chirurgischen Klinik des Herrn Prof. Trendelenburg ein Fall von Fibrosarcom der Inguinalhaut zur Operation, welcher in seinem klinischen Verlauf und in seinem grob anatomischen Verhalten eine fast vollkommene Uebereinstimmung mit den beiden von Liron (Inauguraldissertation, Paris, mit 2 Tafeln, 1877) unter dem Namen des spontanen Keloids beschriebenen darbietet. Das mikroskopische Bild des mir zur Untersuchung überlassenen Tumors entspricht nicht vollkommen der von Liron gegebenen Beschreibung, jedoch glaube ich trotzdem den Fall als im Wesentlichen gleichartig den beiden Erwähnten anreihen zu dürfen und hoffe, dass bei der Seltenheit der hier vorliegenden Affection eine kurze Mittheilung darüber einiges Interesse bieten werde. — Die anamnestischen und klinischen Daten entnehme ich dem von Herrn Dr. Dannien geführten Krankenjournal.

D. K., 44jährige Häuslerfrau vom Lande, bemerkte vor 30 Jahren zuerst in der linken Inguinalgegend 2 Knötchen, welche während vieler Jahre unverändert blieben. Erst vor 7 Jahren begannen sie sich langsam zu vergrössern, zugleich bildeten sich in der Umgebung derselben neue Knötchen, welche gleichfalls wuchsen. Die so entstandene Geschwulst belästigte die Kranke nur dadurch, dass die Oberfläche derselben gelegentlich durch Schweiss, Reibung der Kleider etc. wund und dadurch empfindlich wurde, während sie ihr sonst keine Schmerzen machte. Pat. ist seit 14 Jahren verheirathet, hat 6 mal geboren, zuletzt vor 2 Jahren. Menses noch immer regelmässig.

Status praesens am 12. Juli 1879. Etwas magere, sonst anscheinend gesunde Frau. Sehr starker Hängebauch, sehr dünne Bauchdecken, zahlreiche

Striae. In der Regio hypogastrica und Iliaca sinistra findet sich eine diffuse, scheibenförmige Geschwulst der Haut, von elliptischer Gestalt und unregelmässig höckeriger Oberfläche, welche sich von der Unterlage vollkommen abheben lässt. Die Geschwulst beginnt einen Zoll weit nach oben und aussen von der Spina iliaca ant. superior und erstreckt sich in der Breite von 3 bis 4 Querfingern, der Richtung des Poupart'schen Bandes entsprechend und dasselbe nach oben und unten überragend, bis zum Tuberculum pubis. Die höckerige Oberfläche der Geschwulst zeigt ausser kleinen, flachen Knötchen in der Randgegend in ihrer Mittelpartie einen Complex stärker vorragender, bis über Haselnussgrosser, runder Knoten. Diese letzteren haben ein lebhaft rosiges Ansehen, während die kleineren von normaler, stark pigmentirter Haut bedeckt sind. Auf dem grössten der Knötchen eine kleine verschorfte Erosion. In den vorderen und seitlichen Partieen der Bauch- und Brusthaut finden sich zahlreiche disseminirte, Stecknadelkopf- bis Linsengrosse, etwas prominente, runde, braungraue Flecken. Auf der rechten Seite des Mons Veneris eine Fünfpfennigstückgrosse, weiche, gestielte Warze. In der linken Inguinalfurche sind unterhalb des Tumors einzelne Bohnengrosse, derbe Lymphdrüsen fühlbar. — Am 14. Juli wurde der Tumor durch einen ovalen Hautschnitt im Gesunden exstirpirt. Die Heilung der grossen Wunde wurde durch intercurrirende Erysipele verzögert und gelang erst nach einer Transplantation gegen Ende des Monats September. Als die Kranke Mitte October entlassen wurde, war die Wunde bis auf einen schmalen Granulationsstreifen etwa in der Mitte zwischen Spina anterior und Tuberculum pubis überhäutet, die Narbe nicht schmerzhaft, blassroth, etwas über die Umgebung vorragend.

Zugleich mit dem grossen Tumor wurde zum Zweck der Untersuchung die Warze von der rechten Schamlippe und einer der Pigmentflecke von der Brusthaut exstirpirt.

Das mir zur Untersuchung übergebene erkrankte Hautstück besitzt nach der Erhärtung in Alkohol und der damit verbundenen Schrumpfung noch eine Länge von 22 Ctm. und eine Breite von 8 Ctm. Der Unterfläche haftet spärliches Fettgewebe an; die Oberfläche erscheint durchgängig pigmentirt, dunkelbraun, nur die in der Krankengeschichte erwähnten grösseren Knoten sind ohne Pigment und heben sich durch ihre weissglänzende Farbe von der Umgebung scharf ab. Querschnitte durch den ganzen Tumor zeigen jedoch schon dem blossen Auge, dass diese Abgrenzung nur eine scheinbare ist, dass in Wahrheit die grösseren Knoten nur besonders stark entwickelte Partieen einer das ganze Gewebe der Haut durchziehenden Neubildung darstellen. — Die ganze Haut erscheint verdickt, derber, auf der Schnittfläche weissglänzend; an den meisten Stellen ist für das unbewaffnete Auge eine weitere Structur nicht zu erkennen; die Neubildung sieht auch da, wo sie stärker entwickelt ist und theils nach der Hautoberfläche, theils nach unten in das subcutane Fettgewebe prominente Knoten bildet, gleichmässig homogen aus. Nur in den grössten Knoten bemerkt man einzelne, in verschiedener Richtung gekreuzte Züge derber, atlasglänzender Fasern.

Die mikroskopische Untersuchung ergiebt eine aus Spindel- und Faser-

zellen bestehende Neubildung; dieselbe nimmt an den am wenigsten veränderten Partieen nur die unterste Schicht des Corium, das Gebiet der Schweissdrüsenknäuel und Fettträubchen (Tomsa) ein. Die Zellen liegen in Zügen geordnet, welche meist parallel der Hautoberfläche verlaufen, umspinnen in unregelmässigen Maschen die einzelnen (selbst unveränderten) Drüsenknäuel, sowie die horizontal laufenden und aufsteigenden Venen- und Arterienstämmchen, stehen aber weder mit diesen noch mit jenen in engerem Zusammenhang. Die oberen Theile des Corium sind an diesen Stellen unverändert, sie zeigen nirgends eine Zellwucherung oder entzündliche Vorgänge; die Papillen sind wohlerhalten, das Epithel in seinen unteren Schichten stark pigmentirt, sonst normal. Wo die Neubildung weiter fortgeschritten ist und äusserlich erkennbare Knoten bildet, zeigt sich das ganze Gewebe der Cutis ergriffen. Die Zellenzüge reichen bis dicht unter die Epitheldecke, die Papillen sind verstrichen, die Gefässschlingen derselben nicht mehr aufzufinden. Schweissdrüsen und Haarbälge sind in manchen dieser Knoten noch gut erhalten, in anderen comprimirt und atrophisch. Das Gewebe der Neubildung selbst bewahrt auch in den ältesten und grössten Knoten denselben zelligen Charakter wie im frischen Stadium; auch da, wo man makroskopisch ausgebildete, atlasglänzende Fasern zu sehen glaubte, zeigt das Mikroskop nur dicht gedrängte Spindelzellen etwa in der Anordnung, wie in der embryonalen Sehne; zur Bildung von fertigem fibrösen Gewebe ist es nirgends gekommen.

Die Hoffnung, durch Untersuchung der mit exstirpirten Hautstückchen über das Wesen und die ersten Anfänge der hier vorliegenden Krankheit weitere Aufklärung zu erhalten, wurde nicht erfüllt. Die Warze vom Mons Veneris erwies sich als gewöhnliches Talgdrüsenadenom, also als eine epitheliale Neubildung, welche zu der uns hier beschäftigenden in keiner Beziehung steht. Auch der genetische Zusammenhang der kleinen Naevusähnlichen Flecken in der Umgebung des grossen Tumors mit diesem selbst, ein Zusammenhang, der nach den klinischen Beobachtungen in unserem Fall sowie den entsprechenden Angaben Liron's als wahrscheinlich bezeichnet werden darf, wurde durch die mikroskopische Untersuchung nicht bewiesen. Das exstirpirte Stückchen zeigt die Structur eines gewöhnlichen Pigmentfleckes: etwas dickeres und stärker gefärbtes Epithel, etwas höhere und unregelmässigere Papillen, wie die übrige Haut, aber keine Veränderung an den Gefässen oder im Gewebe des Corium.

Ein Vergleich des vorstehenden Falles mit den beiden von Liron zeigt die schon im Eingang dieser Mittheilung angedeutete Beziehung zwischen ihnen. Zunächst fast vollständige Uebereinstimmung im klinischen Verlauf. Liron's beide Patienten waren gleichfalls Frauen in höherem Alter (57 resp. 60 J.), die Geschwulst sass bei beiden an der gleichen Stelle, in der Inguinalfalte, bei beiden war sie langsam gewachsen, nachdem bei dem 2. Falle schon seit dem 12. Lebensjahre ein Knötchen an der betreffenden Stelle bestanden hatte. — L. erwähnt in beiden Fällen mehrfacher Recidive; in unserem Falle ist ein Recidiv bisher nicht eingetreten, jedoch muss die Möglichkeit, ja sogar die Wahrscheinlichkeit, dass dieselbe nach einiger Zeit eintreten werde,

zugegeben werden. — Differenzen finden sich bezüglich des histologischen Verhaltens. Unser Fall zeigt eine in allen ihren Theilen gleichartig gebaute Neubildung; die jüngsten und die ältesten Stadien bieten das gleiche Bild unregelmässig verflochtener Züge von Spindel- und Faserzellen. — L. fand eine nach dem Alter wechselnde Structur: An der Grenze der grösseren Knoten sowie an den weniger afficirten Stellen Rundzellen und nur vereinzelte Spindelzellen, in den älteren Partien Spindel- und Faserzellen neben gut ausgebildetem fibrösen Gewebe. Diese Differenzen erscheinen auf den ersten Blick vielleicht recht bedeutend, jedoch ergiebt jede sorgfältigere Erwägung, dass sie nur nebensächliche sind, dass im Grunde hier gleichartige Krankheiten, Neubildungen aus derselben Classe vorliegen. Zu welcher Art der Geschwülste unser Fall zu rechnen ist, kann nach dem Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung nicht zweifelhaft sein, es ist ein von den tiefen Schichten des Corium ausgehendes Sarkom: Der Zellenreichthum, der Mangel progressiver Processe (Bildung von fibrösem Gewebe) auch an den älteren Partieen, die Unregelmässigkeit in der Anordnung der Zellzüge, welche weder dem Laufe der Gefässe sich anschliessen, noch die ursprüngliche Structur des befallenen Gewebes respectiren, zwingen zu dieser Diagnose. — Liron bezeichnet seine Fälle als „chéloide“ und stützt sich dabei namentlich auf die Bildung fibrösen Bindegewebes in den älteren Partieen der Neubildung und die dadurch bedingte Aehnlichkeit derselben mit vernarbendem Granulationsgewebe. Mir scheint dieses Kriterium nicht hinreichend, um die Tumoren auf Grund desselben von der Gruppe der Sarkome zu trennen, zumal da die sonst für das Keloid charakteristischen Beziehungen zu den Gefässen auch in L.'s Fällen fehlen. Es ist schon jetzt der Begriff des spontanen Keloids ein so schwankender und in Bezug auf die meisten unter diesem Namen beschriebenen Neubildungen histologisch unhaltbarer, dass es nicht räthlich erscheint, denselben durch Aufstellung noch weiterer Formen noch mehr zu verwischen. — Wenn wir demnach die vorliegende Affection vom pathologisch-anatomischen Standpunkt nicht von den übrigen Sarkomen der Haut trennen dürfen, so wird ~~dadurch~~ doch die Aufstellung derselben als einer klinisch genau abgegrenzten und typisch verlaufenden Krankheit darum nicht weniger berechtigt sein. Wodurch dieses typische Bild des klinischen Verlaufes bedingt ist, ob durch ein besonderes ätiologisches Moment oder durch andere Umstände, das können erst weitere Beobachtungen und Untersuchungen neuer Fälle aufklären.

Gedruckt bei L. Schumacher in Berlin.